

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

N°
597

THÈSE
pour le Doctorat en Médecine
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

MAURICE BAZOGE

*Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers,
Ex-Prosecteur à l'Ecole de Médecine d'Angers
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers,
Né le 10 février 1896, au Mans (Sarthe).*

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
SYPHILITIQUE SOLITAIRE

ETUDE CLINIQUE

Président : M. JEANSELME, Professeur.

AMÉDÉE LEGRAND, *Editeur*
93, boulevard Saint-Germain, Paris

1925



THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

N°

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

MAURICE BAZOGE

*Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers,
Ex-Prosecteur à l'Ecole de Médecine d'Angers,
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers,
Né le 10 février 1896, au Mans (Sarthe).*

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SYPHILITIQUE SOLITAIRE

ETUDE CLINIQUE

Président : M. JEANSELME, Professeur.

AMÉDÉE LEGRAND, *Editeur*
93, boulevard Saint-Germain, Paris

1925

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux..	
Clinique des maladies infectieuses	JEANSELME.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	PANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. DE JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECAILLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Anatomie	ROUVIERE.
Physique médicale	
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	WELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Physiologie	GOUGEROT.
Pathologie médicale	GUENIOT.
Obstétrique	RETTERER.
Histologie	ROUSSY.
Anatomie pathologique	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique	N...
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

*Professeur de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUET

*Directeur de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers
Professeur de Clinique obstétricale*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux à la fin de nos études de pouvoir offrir ici un hommage de reconnaissance aux Maîtres qui ont contribué à notre formation médicale.

Nous garderons pieusement le souvenir de M. le Professeur Montprofit qui ne cessa de nous témoigner sa bienveillance lorsque nous remplissions dans son service les fonctions d'interne.

Nous conserverons aussi profondément gravé dans notre mémoire le souvenir de M. le Professeur Thibault, trop tôt ravi à l'affection de ses élèves.

A M. le Professeur Roquet nous adressons nos sincères remerciements pour les principes qu'il nous inculqua dès 1914 dans son service de militaires et à la clinique et pour les leçons d'accouchement qu'il nous donna par la suite.

A M. le Docteur Martin, nous adressons nos sincères remerciements pour la sympathie bienveillante avec laquelle il nous a toujours accueilli.

A M. le Docteur Delagénère et à ses collaborateurs, nous adressons également nos remerciements pour l'accueil qu'ils nous ont toujours réservé.

M. le Docteur Schulmann, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous inspirer cette thèse. Qu'il trouve dans notre travail, l'expression de nos sincères remerciements.

M. le Professeur Jeanselme a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude.

GENERALITES

« La syphilis est la maladie qui paraît le plus troubler l'équilibre normal de la tension artérielle.

« Elle se révèle surtout comme une maladie hypertensive et la majorité des auteurs actuels tendent à la considérer comme le facteur principal de l'hypertension artérielle. »

Les auteurs sont innombrables qui ont signalé cette manifestation de la syphilis et les accidents graves qu'elle détermine.

Mais tous les cas rapportés ou presque, signalent l'existence concomittante de lésions cardiaques aortiques ou vasculaire, isolées ou plus fréquemment associées à la néphrite chronique.

L'examen clinique permet de mettre en évidence de telles lésions; dans les cas plus frustes, les épreuves d'insuffisance fonctionnelle du rein sont positives. Il s'agit là d'hypertension associée à un syndrome vasculaire ou rénal et plus souvent à la fois vasculaire et rénal.

Par ailleurs, dans la majorité des cas on se trouve en présence de sujets relativement âgés ayant dépassé la cinquantaine, dont l'infection syphilitique remonte à 15 ou 20 ans.

Ce ne sont point là les types d'hypertension syphilitique que nous nous proposons d'étudier.

En dehors de ces cas bien connus, il existe en effet, de façon indiscutable, nous semble-t-il, des faits d'hyperten-

sion syphilitique solitaire isolée, survient chez des sujets relativement jeunes, dont l'infection par le tréponème n'est pas très ancienne; hypertension syphilitique qui ne s'accompagne, tant à l'examen clinique qu'aux différentes épreuves fonctionnelles, d'aucun symptôme d'atteinte cardio-artérielle ou rénale.

C'est cette hypertension syphilitique solitaire que nous proposons d'étudier, apportant quelques observations qui paraissent suffisamment probantes pour que son individualité ne puisse être mise en doute.

Nous chercherons surtout à dégager son identité clinique des innombrables cas d'hypertension syphilitique associés à des lésions cardio-réno-artérielles que l'on rencontre à chaque pas dans la littérature médicale contemporaine.

L'action nettement hypotensive du traitement dans quelques-uns des cas rapportés nous permettra de discuter les médications et la conduite du traitement.

Comme conséquence pratique et comme conclusion nous insisterons sur l'importante nécessité, dans la conduite du traitement, de surveiller de façon régulière la tension artérielle des malades, considérant chez eux l'hypertension solitaire comme un accident directement spécifique justifiable d'un traitement énergique et prolongé.

Nous définirons donc avec Dumas (de Lyon) qui en a donné un des premiers une étude clinique précise, l'hypertension syphilitique solitaire que nous nous proposons d'étudier :

« Toute élévation tensionnelle anormale, survenant avec son cortège habituel de symptômes chez des sujets atteints de syphilis récente ou relativement peu ancienne, indépen-

demment de tout symptôme clinique, de toute insuffisance fonctionnelle de l'appareil cardio-vasculaire ou du rein. »

Ainsi définie, l'hypertension syphilitique solitaire apparaît comme une manifestation relativement précoce de la syphilis assez peu connue et décrite.

Avant d'envisager sa symptomatologie, son diagnostic, avant de discuter son étiologie exacte, et les indications thérapeutiques qu'elle comporte, nous rapporterons quelques observations cliniques qui nous semblent nettement démonstratives de sa véritable nature.

OBSERVATION. — I.

(Communiquée par le D^r SCHULMANN.)

L. Robert, 47 ans, représentant de commerce, se présente comme un sujet robuste, menant une vie active; pas de maladies antérieures.

Le malade a contracté la syphilis à l'âge de 19 ans et ne s'est pour ainsi dire jamais soigné.

Depuis environ deux ans, est apparue une fatigue croissante, une lassitude progressive, un essoufflement qui l'empêche de monter facilement les escaliers et frappe d'autant plus le malade; qu'auparavant il était très ingambe. Il a remarqué que sa face était un peu congestionnée surtout après les repas.

Mais surtout il accuse des céphalées fréquentes survenant dans les journées de travail fatigant, ou à la suite des écarts alimentaires. Les douleurs sont gravatives, apparaissent

surtout la nuit, durant quelquefois trois jours et cédant mal aux médicaments antinervins.

L'examen clinique permet de constater :

Une leucoplasie commissurale et jugale. La cicatrice gauffrée et à peine visible du chancre au niveau du sillon balano-préputial.

Aucun autre stigmat.

Le cœur est augmenté de volume, la pointe battant dans le sixième espace, à trois travers de doigts sous le mamelon. Le choc styolique de la pointe est intense. L'aire de matité transversale est élargie. A l'auscultation, on ne découvre aucun souffle orificiel. Le rythme est un peu rapide (80) mais régulier.

Le second bruit aortique est clangoreux.

La tension artérielle au Pachon est de 26 1/2 - 13.

La réaction de B. W. du sang donne un résultat positif Ho-Ho.

L'examen des urines ne décèle ni sucre ni albumine. Il n'y a pas de modifications appréciables des chlorures et de l'urée de l'urine.

Le dosage de l'urée sanguine indique un taux de 0.43.

Le malade est soumis à un régime très sévère pendant 15 jours; limitation des boissons à 1/2 litre de lait et 1/2 litre d'eau de vals par jour, quelques pommes de terre et des compotes.

Les céphalées ont disparu, mais la tension artérielle est peu modifiée 25 1/2 - 12 1/2.

Pendant un mois le régime alimentaire est continué, le malade revu ensuite présente toujours une tension artérielle

à 25 1/2 - 12. On pratique un nouveau B. W. qui donne un résultat positif Ho - Ho.

A ce moment on commence un traitement spécifique. D'abord douze injections quotidiennes de un centigramme de Cyanure de Hg.

La tension artérielle après ce traitement est de 24 1/2 - 12.

Après repos de quelques jours on pratique une série d'injections d'Hectine A. (une ampoule tous les 2 jours).

A la fin de la série la tension artérielle est de 23 1/2 - 12.

Les signes fonctionnels accusés par le malade ont totalement disparu.

Après huit jours de repos; on commence une série d'injections de Novarsénobenzol (bi-hebdomadaire) 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.60, 0.60, 0.60, 0.60, 0.60; (soit au total 4 grs 50 de Novar).

La tension artérielle baisse progressivement et arrive en fin de traitement à tension artérielle 21 - 10.

Le malade part à la campagne; il y continue son régime lacto-végétarien avec réduction des boissons et prend 3 grammes d'Iodure de Potassium par jour (10 jours de traitement et 10 jours de repos alternativement).

Nous le revoyons au bout de six semaines.

La tension artérielle est à 20 - 10.

Nous soumettons à nouveau le malade au traitement arsénobenzolique.

OBSERVATION. — II.

D^r DUMAS, Médecin des Hôpitaux de Lyon
(in *Paris médical* Juillet 1924.)

L. T., 35 ans, vient consulter pour des troubles cardiaques subjectifs caractérisés par des palpitations, battements rapides, avec de temps en temps des intermittences perçues par le malade.

On l'examine : C'est un sujet présentant un certain degré d'embonpoint, dont le nervosisme justifié par les troubles qu'il ressent paraît de toute évidence relever de ces troubles et non les commander. Il n'a pas présentement d'albumine; les épreuves fonctionnelles de l'activité rénale restent normales.

On apprend par l'interrogative qu'il a eu six mois auparavant un chancre traité pendant deux mois par des injections intra-musculaires de Biiodure en deux séries de dix. Depuis, il s'est contenté de prendre à dose minime du sirop de Gibert.

La tension artérielle est de 18 - 12. Le pouls est à 100 au moment de l'examen. On ne perçoit pas d'intermittences. Le foie est légèrement hypertrophié. Il n'y a pas d'œdème des jambes, ni de râles à la base des poumons.

Pas d'angine de décubitus, mais quelquefois des palpitations nocturnes spontanées.

En somme : Troubles fonctionnels cardiaques, sans lésions rénales, ni aortique cliniquement décelables.

On prescrit en même temps qu'un traitement ioduré, une cure de Novarsénobenzol.

Deux mois après, le malade a maigri de 5 kilogrammes environ; les symptômes se sont amendés, les nuits sont bonnes; il n'y a plus de palpitations et la tension artérielle est de 14 - 9.

Six mois plus tard le malade ayant suspendu tout médication, les symptômes ont reparu; palpitations, intermittences; la tension artérielle est de 17 - 12, et en examinant de plus près le malade, on découvre une inégalité pupillaire légère avec paresse du réflexe irien à la lumière; pas d'albumine; l'aorte ne paraît pas spécialement responsable des accidents; il n'existe pas d'éclat du 2^me bruit.

La radioscopie ne montre pas d'élargissement du vaisseau, ni de déformation de la crosse. On pratique à nouveau des injections de Novarsénobenzol. Le malade est revu quelques mois plus tard: La tension artérielle est de 15 - 11. Les accidents cardiaques ne se sont pas reproduits. L'état général est bon. Tout laisse supposer qu'en poursuivant chaque année le traitement, on arrivera à enrayer définitivement l'hypertension.

III.

Nous avons, par ailleurs, au cours de l'année 1924, recherché de façon systématique les hypertensions solitaires, chez les syphilitiques en traitement au dispensaire du Professeur JEANSELME à l'hôpital Saint-Louis.

Une cinquantaine de malades ont été examinés: hommes et femmes, atteints de syphilis récente (moins de six ans), sujets jeunes (de 18 à 36 ans) et régulièrement traités.

Au moment de nos examens, aucun d'entre eux ne présentait de lésions en activité.

Les réactions de B. W. étaient négatives sauf pour quelques malades dont le Hecht marquait légèrement.

Sur ces 50 malades, nous en avons trouvé 6 présentant une hypertension indiscutable. Mais deux d'entre eux présentaient un syndrome clinique qui ne nous permettait pas de les classer parmi les hypertendus solitaires.

Une femme ayant une tension artérielle à 20 - 10 1/2 (Pachon) présentait de l'albumine, un gros cœur hypertrophié avec galop.

Un homme de 30 ans présentait une tension artérielle à 19 - 8, mais il nous raconta qu'il avait été réformé pour endocardite rhumatismale apparue pendant la guerre, antérieurement à sa syphilis. Il était porteur d'une insuffisance aortique indiscutable.

Chez 4 autres sujets, l'examen clinique ne révélait ni lésion cardiaque (aortite) ni lésion rénale apparentes. La recherche de l'albumine était la seule recherche possible chez ces malades de dispensaire, elle a été à plusieurs reprises négative, les 4 malades présentaient les tensions artérielles suivantes :

19 1/2 - 10		Pachon.
24 - 12		

19 - 9 1/2		Vaquez.
18 - 10		

Il s'agissait, nous l'avons dit, de spécifiques récents, et régulièrement traités.

Il ne nous a pas été possible de revoir ces malades et de suivre les variations de leur tension artérielle.

ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie. — L'étude clinique de l'hypertension syphilitique solitaire ne va enregistrer évidemment qu'un nombre fort restreint de faits pathologiques chez chacun des malades examinés.

Ce sont uniquement des *hypertendus* et des *syphilitiques* :

TROUBLES FONCTIONNELS

Au point de vue des *signes fonctionnels* les malades présentant un tel syndrome, se rencontreraient en clinique dans des circonstances assez différentes.

Tantôt c'est un sujet qui consulte pour des troubles variés relevant de l'hypertension et l'observation I présente de façon assez complète ce premier type de malade.

Tantôt le sujet se plaint de troubles cardiaque (observation II).

Au total il s'agit de malades présentant les *troubles fonctionnels de l'hypertension* :

Céphalée frontale ou occipitale, souvent matutinale, parfois à type migraineux;

Insomnies, vertiges, bourdonnements d'oreilles, sensation de fourmillements dans les extrémités.

Epistaxis.

Palpitations cardiaques.

Crises de pseudo asthme, dyspnée d'effort.

Ces signes fonctionnels font songer à l'hypertension qu'il est facile de mettre en évidence.

Dans d'autres cas, l'hypertension reste absolument isolée. Rien n'attire l'attention du côté de la pression sanguine.

C'est fortuitement à l'occasion d'un examen complet (assurance sur la vie par exemple) ou bien en recherchant le stigmate de lésions cardio-rénales possibles chez un syphilitique ancien que l'on découvre une hypertension solitaire absolument ignorée et parfaitement tolérée par le sujet.

Examen clinique :

L'examen clinique va révéler une hypertension solitaire. — Mais le problème clinique pourra revêtir deux aspects différents :

Tantôt il s'agit de malades spécifiques connus et traités.

Reste à déterminer si l'hypertension constatée peut être rapportée à la syphilis comme cause unique, en dehors de toute lésion rénale ou cardiaque.

Tantôt l'hypertension solitaire est constatée chez un individu apparemment sain, sans tare antérieure. C'est un examen complet après interrogatoire serré qui révélera parfois une syphilis ancienne, non traitée, souvent ignorée.

La présomption est confirmée parfois par une réaction de B. W. positive (Obs. I).

I. — L'examen clinique ne va donc constater qu'un seul fait positif : l'hypertension.

II. — Il sera complété par une série d'examens et d'épreuves fonctionnelles dont l'importance est capitale; leur résultat négatif peut seul, en effet permettre de parler d'hypertension solitaire.

III. — *La constatation de la syphilis* constitue enfin la troisième donnée fondamentale. Tantôt connue du malade et du médecin, tantôt soupçonnée seulement et difficile à préciser par l'interrogatoire, l'examen général, les réactions sérologiques, etc...

ASPECT GÉNÉRAL DU MALADE

Il n'a de valeur à aucun des points de vue que nous voulons envisager.

Parlant de l'hypertension en général, CLERC écrit :

« L'aspect du malade n'a souvent rien de caractéristique. Beaucoup d'hypertendus sont pâles et ils ne présentent pas nécessairement le teint coloré, le cou gras et court qui caractérisent l'habitus dit apoplectique.

Les signes périphériques d'ordre artériel tels la saillie et les sinuosités de la temporale, la dureté de la radiale sont éminemment trompeurs. »

Car, comme le dit avec raison GALLAVARDIN : « L'hypertension et les troubles de la Trophicité sont deux choses distinctes. »

I. — *L'Hypertension*. — On utilisera pour la mettre en évidence un des deux procédés classiques de sphygmomanométrie.

Méthode oscillatoire avec l'appareil de Pachon.

Méthode de Riva-Rocci qui utilise un des sphygmotensiomètres dérivés du type Vaquez.

D'après CLERC : « La deuxième des méthodes ci-dessus mentionnées paraît plus facile à utiliser et capable de fournir des résultats moins variables selon les opérateurs ».

Dans tous les cas, il y a nécessité absolue d'indiquer à propos de chaque examen le procédé auquel on aura eu recours.

D'une façon générale au cours de l'hypertension la pression maxima est toujours augmentée :

A l'Humérale :

Hypertension modérée de 15 à 18.

— nette au-dessus de 19.

— intense au-dessus de 25, et ne dépasse pour ainsi dire jamais 30.

Pour ce qui est de la minima elle est aussi augmentée :

12 - 14 et même au-dessus.

Mais le rapport systolo-diastolique habituel ne se maintient plus et au lieu de la formule : $Mn = Mx + 1$ qui est réalisée en cas d'équilibre tensionnel; on rencontrera par exemple, la formule $Mn = Mx + 2$.

« Il est enfin des cas où l'hypertension porte principalement sur la minima, fait qui comporte une importance pratique réelle, surtout quand la maxima n'est pas très élevée. On doit y voir l'indice de l'encombrement veineux et de la défaillance Myocardique ».

A quel type d'hypertension a-t-on affaire dans les cas d'hypertension solitaire que nous rapportons :

Obs. I. — 26 - 13 Pachon.

Obs. II. — 18 - 12 Vaquez.

Syphilitiques en traitement au dispensaire du Professeur
JEANSELME :

24 - 12	Pachon.
19 - 9 1/2	

18-10		Vaquez.
19 1/2 - 10		

L'Hypertension, indiscutable dans ces cas, porte surtout sur la maxima. La minima est peu modifiée, très voisine de la normale pour quelques malades.

L'écart anormal des 2 tensions Mx et Mn dérive de l'augmentation de la maxima, la minima étant relativement peu modifiée.

Ce type d'hypertension se conçoit aisément, car rien ne permet de soupçonner chez nos malades la stase veineuse ou la défaillance du Myocarde qui font rarement défaut dans les hypertension portant surtout sur la minima.

II. — Nous sommes en présence de *malades hypertendus* qui sont en même temps des *syphilitiques*; Nos malades du dispensaire examinés en série pour la recherche d'une hypertension possible étaient de sujets robustes, hommes ou femmes de 18 à 35 ans, dont la syphilis datait de moins de 6 ans. Nous avons limité nos investigations à ces malades jeunes et syphilitiques récents pour diminuer précisément nos risques de rencontrer des hypertendus porteurs de lésions cardio-vasculaires ou rénales.

On ne rencontrait chez aucun de ces malades d'accidents spécifiques en activité, tous présentaient des réactions de B. W. négatives, sauf quelques-uns chez qui le Hecht restait partiellement positif.

Le malade de Dumas (observation II) est un sujet jeune (35 ans), dont la syphilis est de date très récente (6 mois).

Le malade de l'observation I (Schulmann) est plus âgé (47 ans), spécifique depuis l'âge de 19 ans; mais c'est un syphilitique non traité avec réaction de B. W. positive à des examens répétés.

III. — Notre examen clinique nous a mis en présence de malades hypertendus et syphilitiques. C'est là une notion d'une extrême banalité.

Les services hospitaliers fournissent des exemples quotidiens de syphilitiques anciens, hypertendus; mais leur hypertension se rattache à un complexe cardio-vasculaire et rénal le plus souvent évident.

Pour affirmer l'existence d'une hypertension syphilitique solitaire il reste à mettre en œuvre toute une série d'examen cliniques ou de laboratoire; seul, un ensemble de résultats négatifs à ces examens nous permettra de conclure à l'*hypertension solitaire*.

a) L'appareil cardio-vasculaire sera l'objet d'un examen minutieux.

Dans les cas rapportés : cœur normal à la percussion, à l'auscultation.

Pas de modification des bruits; pas de souffle de la base.

Pas d'aortite cliniquement décelable.

On relève bien dans l'observation I un éclat clangoreux du 2^e; bruit à la base.

L'hypertension à elle seule peut déterminer une telle modification.

L'examen radioscopique du cœur et de l'aorte doit être pratiqué, montrant un cœur normal ou un peu hypertrophié (ventricule gauche), une aorte normale; encore que les auteurs récents aient signalé certaines modifications du

calibre et du contour radioscopique du vaisseau, sur la seule influence d'une hypertension permanente et ancienne.

b) L'intégrité de l'appareil rénal devra toujours être soigneusement vérifiée.

Dans les faits cliniques que nous rapportons, absence d'œdèmes, absence de polyurie et d'albuminurie (seule recherche pratiquée pour les malades du dispensaire).

L'observation de Dumas signale le résultat normal des épreuves fonctionnelles de l'activité rénale.

Le malade de Schulmann ne présente pas d'albumine, le taux de l'urée et des chlorures urinaires est normal.

L'urée du sang = 0.43 centigrammes.

Il importe donc de préciser l'état fonctionnel de l'appareil rénal.

L'interrogatoire peut révéler un ou plusieurs symptômes de la série des petits signes du mal de Bright, cette constatation est de peu de valeur et ne permet pas d'affirmer la néphrite; les auteurs actuels tendant à rattacher ces troubles pour la plupart subjectifs au syndrome d'hypertension.

On recherchera les œdèmes de la face, des malléoles.

Surtout, il faudra mettre en œuvre toutes les méthodes d'examen pouvant renseigner sur la valeur fonctionnelle du rein.

Il est insuffisant de se borner à la recherche de la polyurie, de l'albuminurie, de la cylindrurie.

Les épreuves plus sensibles de l'élimination provoquée du bleu de Méthylène et de la phénol-sulfone-phtaléine, du bilan des chlorures, doivent être pratiquées. Un dosage

de l'urée sanguine et une constante d'Ambard fourniront également de précieux renseignements.

C'est, au total, un examen complet et approfondi du malade, l'absence de tout symptôme clinique de néphrite ou de néphro-aortite qui permettront de parler d'*hypertension syphilitique solitaire* ou tout au moins, pour le moment, d'*hypertension solitaire* chez un *syphilitique*.

En effet, nous chercherons à démontrer ultérieurement la nature directement spécifique de cette hypertension.

L'épreuve thérapeutique fournira, en faveur de cette thèse, une précieux argument.

FORMES CLINIQUES.

De cette hypertension syphilitique solitaire Dumas distingue deux formes cliniques un peu différentes :

L'hypertension syphilitique solitaire variable, des jeunes sujets, atteints récemment de syphilis; elle est modérée, variable, et cède partiellement au traitement;

L'hypertension syphilitique solitaire stable des sujets âgés, arrivés à la période de tertiarisme; elle est élevée, ne cède pas ou cède peu au traitement.

Dumas admet que cette seconde forme peut parfois s'accompagner de quelques signes de sclérose rénale ou d'atteinte légère de l'aorte; « mais, écrit-il, il apparaît néanmoins que l'hypertension a précédé ces lésions ».

Nous reviendrons sur ces faits pour les discuter en envisageant l'évolution des hypertensions syphilitiques solitaires; quoi qu'il en soit, il ne nous semble guère possible

de rapporter à l'un ou l'autre de ces types cliniques l'histoire de nos malades.

L'observation I (malade de Schulmann) concerne un sujet âgé, syphilitique ancien, chez lequel le traitement détermina une baisse marquée et durable de la tension, avec disparition complète des troubles fonctionnels.

Par ailleurs, chez nos malades observés au dispensaire, syphilitiques récents et sujets jeunes, l'hypertension semble avoir résisté au traitement, pour une part que nous ne pouvons déterminer ; mais à coup sûr, il n'y avait pas eu chez ces malades soumis à un traitement prolongé et énergique de résultat aussi accentué, que pour ceux des observations I et II.

Fréquence de l'hypertension syphilitique solitaire.

Elle nous semble actuellement très difficile à déterminer avec quelque précision. Les statistiques abondent sur les hypertensions et leurs différentes étiologies. Toutes mettent en relief l'extrême fréquence de la spécificité chez les hypertendus ; mais l'hypertension solitaire y est passée sous silence.

Pour ce qui est de l'hypertension syphilitique en général sa fréquence déjà signalée au congrès de Buda-Pesth en 1909 a été souvent affirmée depuis.

La statistique de Vaquez-Lecomte portant sur 1.000 cas d'hypertension signale la spécificité comme étant la cause la plus fréquemment rencontrée.

Ambard, chez 100 hypertendus, signale 78 cas de syphilis sur lesquels l'interrogatoire et la réaction de B. W.

ne laissent aucun doute (sujets indemnes de signes évidents de néphrite chronique).

Par contre, Castaigne, sur 28 cas d'hypertension ne peut mettre en cause la spécificité que pour 17 malades seulement.

Brin et Giroux signalent qu'avec eux de nombreux auteurs se basant sur la réaction de B. W. ont été frappés de la fréquence des réactions positives chez les sujets atteints d'hypertension solitaire.

Enfin, au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, sur 50 malades en traitement choisis au hasard, dans les conditions que nous avons décrites, nous avons trouvé 4 cas d'hypertension solitaire.

Evolutions des hypertensions syphilitiques solitaires

Nos observations ne portent pas sur un espace de temps assez prolongé pour nous permettre de fixer de façon très précise l'évolution de l'hypertension syphilitique solitaire.

En effet, les observations I et II enregistrent une évolution favorable, et pour le malade de Dumas (observation II) une disparition complète du syndrome hypertensif.

Dans les deux cas, sous l'influence du traitement spécifique l'hypertension a cédé : baisse lente, régulière, portant surtout sur la maxima.

Nous rappellerons les chiffres précédemment cités :

OBS. II. — 18 - 12 au premier examen (Vaquez).

Traitement spécifique de 2 mois. T.A. = 14 - 9.

Suspension du traitement pendant 6 mois.

T. A. = 17 - 12.

Reprise du traitement durant quelques mois.
T. A. = 15 - 11.

OBS. I. — 26 1/2 - 13 au premier examen (Pachon).
Régime alimentaire pendant 15 jours. T. A. =
25 1/2 - 12 1/2.
Injection quotidienne de Cy de Hg pendant 12
jours. T. A. = 24 1/2 - 12.
10 injections d'Hectine A. en 25 jours. T. A. =
23 1/2 - 12.
4 gr. 50 de Novarsénobenzol en 9 injections du-
rant 5 semaines. T. A. = 21 - 10.
3 gr. de K. I. 15 jours par mois pendant 6 semai-
nes. T. A. = 20 - 10.

C'est là une évolution immédiate indiscutablement très favorable, sous l'influence du traitement spécifique.

On en vient même, en présence de tels résultats, à s'étonner des chiffres de tension artérielle obtenus chez les malades du dispensaire, tous traités régulièrement ayant reçu de fortes doses de Novarsénobenzol, et chez lesquels l'hypertension ne paraît guère avoir cédé.

Il faudrait revoir ces sujets dont le traitement intensif a été poursuivi, prendre leur tension à des intervalles réguliers pour pouvoir préciser si ces hypertensions constatées ont cédé à la longue, ou sont au contraire restées irréductibles.

.....
Volontairement, nous passerons sous silence, tous les accidents généraux de l'hypertension, et toutes les compli-

cations auxquelles ces malades sont exposés tant du fait de leur tension artérielle que du fait de leur syphilis.

.....
Il reste encore, du point de vue de l'évolution à envisager, *l'avenir éloigné de ces malades.*

Le problème qui se pose alors apparait comme difficile à résoudre en l'absence d'observations cliniques des mêmes sujets, prolongés durant de longues années. Il est cependant d'importance capitale pour pouvoir affirmer l'identité clinique de l'hypertension syphilitique solitaire.

Autrement dit, *constitue-t-elle un état pathologique isolé, lié à la syphilis, mais nettement individualisé, et totalement distinct de l'aortite ou de la néphro-aortite, cédant au traitement spécifique ?* ou bien au contraire l'hypertension syphilitique solitaire n'est-elle qu'un *stade passager, transitoire, un symptôme d'alarme, chez des sujets qui deviendront ultérieurement des aortiques, des cardio-rénaux indiscutables.*

Les arguments cliniques en faveur de telle ou telle hypothèse sont fort délicats à apprécier :

Les cardiologues décrivent parmi les formes étiologiques une hypertension isolée, solitaire, « capable, dit Clerc, de constituer un syndrome quasi-autonome et cela en dehors de toute lésion organique ou circulatoire apparente ».

Cet état, déjà entrevu par Huchard, qui lui avait donné de façon assez vague le nom de *Présclérose*, a été précisé par Vaquez.

Dans les cas cliniques, relevant de cette pré-sclérose, l'hypertension reste longtemps un fait isolé sans aucun

autre symptôme clinique, puis, à longue échéance, se manifesterait la sclérose artérielle et rénale.

« Les recherches les plus minutieuses ne décèlent aucune insuffisance organique rénale en particulier ; cette dernière dans tous les cas n'apparaît que tardivement ».

L'hypertension syphilitique solitaire ne serait-elle qu'un stade de début, une phase monosymptomatique de présclérose, précédent de beaucoup le stade des accidents complexes d'Aortite ou de Néphro-Aortite ?

S'il en était ainsi et que l'observation prolongée de nos malades pût mettre très tardivement en évidence une Aortite, une insuffisance rénale, pourrait-on de ce fait nier l'individualité de l'hypertension syphilitique solitaire ?

Il ne nous le semble pas :

En effet, de nombreux auteurs contemporains considèrent l'hypertension comme capable à la longue de toucher le parenchyme rénal et de créer la Néphrite, l'hypertension restant l'accident primitif.

Essai de Pathogénie.

Si l'on cherche à pénétrer plus intimement dans le mécanisme de l'hypertension, on se trouve en présence de trois théories pathogéniques qui tentent de l'expliquer :

I. — La théorie humorale admet une atteinte primitive des glandes endocrines (surrénales ; lobe postérieur de l'hypophyse) des organes chromaffines qui, dans les cas que nous envisageons, serait directement sous la dépendance de l'infection tréponémique, et déterminerait l'augmentation de pression vasculaire.

L'hypertension longtemps solitaire entraînerait dans la suite des lésions de sclérose artérielle ou rénale. « Le spasme capillaire, cause première de l'élévation de la tension, pourrait entraîner à la longue un état de sclérose et de fonctionnel deviendrait lésionnel ». Josué envisage l'artério-sclérose comme le résultat de la mise en œuvre des moyens défensifs destinés à sauvegarder l'intégrité des conduits artériels. « Dans les cas de forte pression sanguine les parois des vaisseaux, pour ne pas se laisser distendre et pour subvenir au surcroît de travail demandé, s'hyperplasiaient comme tout organe fonctionnant beaucoup ».

II. — D'autres auteurs, cependant, partisans de la *théorie rénale*, affirment que l'hypertension essentielle est due à des lésions vasculaires du rein ; celles-ci peuvent exister pendant très longtemps sans déterminer de lésions anatomiques ou de troubles fonctionnels du Parenchyme rénal.

« Les lésions vasculaires des petites artères rénales sont bien la cause et non la suite de l'hypertension, comme l'admet Vaquez » (Oberling et Hickel).

III. — Dumas conclut de ses observations que l'hypertension n'est solitaire qu'en apparence « commandée qu'elle est par *l'artérite diffuse purement inflammatoire* à la période de début, devenue hypertrophique à une période plus tardive ».

Sans rejeter absolument la théorie humorale et l'intervention du système endocrino-sympathique, cet auteur préfère expliquer l'hypertension syphilitique par une artérite diffuse. Il admet cependant l'hypothèse d'une atteinte primitive des glandes endocrines et du sympathique pour cette

raison que l'hypertension surtout chez les jeunes s'accompagne d'hypopulsatilité, témoignant par là de l'hypertonie artérielle, et en raison aussi des variations parfois importantes de la tension artérielle à ce stade de la maladie.

A un âge plus avancé, à une période plus tardive de la syphilis, l'artérite arrivée à la phase de sclérose est devenue une véritable mésartérite hypertrophique. Dumas conclut que la sclérose artérielle ne suffit pas à expliquer l'hypertension et que cette dernière appartient plutôt à la période active de l'artérite inflammatoire avec association possible de troubles endocrino-sympathiques.

Sans vouloir tenter de résoudre ces problèmes complexes de la pathogénie des hypertensions solitaires, *nous admettons donc avec Dumas l'action directe du tréponème sur le système vasculaire : artérite, diffuse, avec une atteinte concomittante du système endocrino-sympathique ; sans qu'il paraisse possible de préciser la part relative de chacune des deux lésions dans la détermination de l'hypertension. (Théorie vasculaire et théorie humérale).*

Si l'artérite syphilitique est primitivement en cause, s'agit-il d'artérite diffuse ? (Dumas) (Théorie vasculaire) ou des lésions vasculaires du rein ? (Oberling) (Théorie rénale).

Ce qui nous importe surtout, du point de vue de l'évolution de l'hypertension syphilitique solitaire, c'est que *son individualité clinique reste bien établie, même si tardivement elle ne restait plus isolée, et s'associait au cours de son évolution à des troubles aortiques ou rénaux.*

Or, nous l'avons vu, les diverses théories pathogéniques en présence, nous permettent de *considérer les réactions de*

sclérose vasculaire et rénale tardives comme des accidents secondaires à l'hypertension qui reste le fait primitif, primordial, longtemps isolé.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hypertension syphilitique solitaire se présente du point de vue clinique d'une façon assez simple.

En effet, que l'hypertension soit constatée à l'occasion de troubles fonctionnels décrits et qui font de suite songer à elle ou qu'elle soit révélée chez un syphilitique traité au cours d'un examen complet.

I. — La constatation de sa présence ne soulève aucune difficulté.

II. — Plus délicate peut-être est la recherche de la syphilis quand elle est ignorée du sujet et seulement soupçonnée du médecin.

III. — On arrive à la notion d'hypertension chez un syphilitique.

Il reste à mettre en œuvre les procédés d'examen clinique, les méthodes de laboratoire appropriées pour affirmer qu'elle est isolée, solitaire ; et le chapitre du diagnostic différentiel doit signaler toute la série des examens à pratiquer pour éliminer de notre cadre les hypertensions par Néphrite ou par Aortite.

IV. — Un premier fait est acquis : Il s'agit bien d'une hypertension solitaire chez un syphilitique.

Il reste à pénétrer plus avant dans le mécanisme de cette hypertension, à discuter l'éventualité d'une *hypertension solitaire non syphilitique* ; à affirmer enfin la dépendance étroite entre l'hypertension constatée et la syphilis ; l'épreuve thérapeutique constituant ici l'argument capital.

I. — La constatation de l'hypertension ne soulève aucune difficulté, qu'elle soit révélée par hasard, au cours d'un examen complet, ou que le malade attire l'attention du médecin par quelque trouble fonctionnel lié à cet hypertension.

II. — Le sujet atteint d'hypertension est-il syphilitique ?

Cette notion peut être fournie par le malade, ou ressortir nettement de ses antécédents ; souvent elle fait défaut.

Il importe alors de rechercher minutieusement une cicatrice de chancre, un reliquat d'accidents cutanés, les ganglions.

La réaction de B. W. chez des syphilitiques relativement anciens peut être positive, mais une réaction négative ne permet nullement d'infirmier l'hypothèse de spécificité. Les signes oculaires, les modifications du liquide C. R. peuvent confirmer ce soupçon.

L'épreuve du traitement dans les cas douteux conserve une valeur considérable.

« La syphilis, écrit Clerc, représente un facteur de premier ordre et l'on est étonné de la fréquence d'antécédents spécifiques avoués chez les hypertendus, comme aussi de la fréquence avec laquelle, dans les cas étiologiquement mal définis, la réaction de B. W. donne des résultats positifs.

III. — L'hypertension constatée chez tel ou tel syphilitique peut-elle être qualifiée de solitaire ?

Il importe d'examiner minutieusement l'appareil cardiovasculaire, l'appareil rénal et d'éliminer tous les cas où le syndrome hypertensif est lié à l'aortite ou à la néphrite.

L'hypertrophie ventriculaire gauche, le clangor du 2^e bruit aortique ne doivent être considérés que comme des phénomènes secondaires à l'hypertension.

L'aortite se révélera par son souffle systolique de la base, ou par un double souffle attestant l'association d'Aortite et d'insuffisance aortique (Typé Hodgson).

La radioscopie avec orthodiagramme montrera dans ces cas une aorte élargie, surélevée, opaque.

L'examen de l'appareil rénal permettra d'identifier les cas d'hypertension liée à une *Néphrite chronique*.

Il ne faut pas limiter les investigations à un simple examen physique. Recherche des œdèmes et des divers accidents urémiques ; gros cœur avec galop.

Ces symptômes peuvent faire défaut et beaucoup plus importante est la constatation d'un *syndrome urinaire*.

Polyurie pâle, avec albuminurie légère, cylindrurie, associée souvent à une azotémie légère.

La néphrite latente doit être dépistée par des méthodes plus délicates, et il faut discuter au diagnostic différentiel les *insuffisances rénales discrètes* que mettent seules en évidence les épreuves fonctionnelles

de la phénol-sulfone-phtaléine,

de la diurèse provoquée préconisée par Vaquez et Cottet,

de la constante d'Ambard.

IV. — On est aussi parvenu à déterminer qu'il s'agit d'une *hypertension solitaire* chez un syphilitique.

Reste une dernière étape à franchir :

a) Ne peut-il être question d'une hypertension solitaire non spécifique, évoluant chez un syphilitique et il importe de discuter ici pour les éliminer la question des hypertensions solitaires, pures, non syphilitiques.

b) En dernier lieu, nous nous efforcerons de démontrer que la syphilis est bien la cause immédiate, directe de l'hypertension constatée.

a) *Les hypertensions solitaires non syphilitiques.*

Il existe de nombreux faits d'hypertension solitaire non liée à la spécificité, qu'il importe de signaler ; cette notion permet de ne pas rapporter à la syphilis toute hypertension isolée, non liée à un syndrome cardio-vasculaire ou rénal. Un syndrome hypertensif isolé peut se manifester en clinique dans différentes conditions étiologiques :

L'hérédité est un facteur qu'il importe de ne pas négliger. « Certaines familles, dit Clerc, sont en effet, au cours des générations successives lourdement, inexorablement touchées et souvent même les victimes sont relativement jeunes ».

Certains *poisons exogènes* : le plomb, l'alcool, peuvent à eux seuls, déterminer des syndromes hypertensifs purs.

Les troubles endocriniens jouent un rôle important.

L'hypertension est de règle dans le goître exophtalmique et nombre d'hypertendus présenteront des symptômes de Basedow fruste. En même temps que les Basedowiens, Gallavardin range sous la dénomination de *sympathiques*, tout une catégorie de malades chez lesquels l'hypertension

paraît liée à un certain degré d'excitation sympathique, et les *Tachycardes* rentrent dans ce groupe.

Les *Pléthoriques* et les *obèses* sont fréquemment des hypertendus. Leur hypertension est solitaire ou s'accompagne de troubles assez vagues (Dyspnée d'effort, tendance aux bronchites, somnolence après les repas). On fera les mêmes constatations chez les *obèses diabétiques*. Ces notions sont importantes, car si la syphilis est fréquemment à la base des hypertensions solitaires, il ne faut pas méconnaître ces multiples causes que nous venons de signaler.

b) Reste, en dernier lieu, à préciser plus exactement la nature de l'hypertension pure, solitaire, survenant chez des syphilitiques, rapportée dans nos observations. S'agit-il d'un accident sous la dépendance directe de la spécificité?

Dans l'observation I la persistance d'un B. W. totalement positif indique bien que nous sommes en présence d'une syphilis en activité. Par contre, une sérologie négative, au cours d'une spécificité ancienne n'exclut pas la possibilité d'accidents évolutifs et présente peu de valeur.

C'est l'épreuve du traitement qui va pleinement réaliser cette démonstration ; et de ce point de vue, l'observation I est tout particulièrement significative. On tente tout d'abord un traitement général hypotenseur ; le résultat est nul. Le traitement spécifique intervient ; on obtient une baisse progressive et durable de la tension artérielle.

Ce succès du traitement spécifique nous semble constituer un argument de tout premier ordre en faveur de la nature directement spécifique du syndrome hypertensif constaté.

De même, dans l'observation II, la chute régulière de

la tension artérielle et son retour à un chiffre normal nous paraît constituer un argument impressionnant. L'épreuve thérapeutique à elle seule, chez des malades dont la syphilis est douteuse, suffit-elle pour affirmer l'existence d'une spécificité ancienne et méconnue à la base de l'hypertension ?

Dumas ne le pense pas ; il préfère s'appuyer sur une étiologie syphilitique certaine pour affirmer la nature de l'hypertension solitaire : « Il est des cas dans lesquels la syphilis est certaine ; ce sont les seuls dont nous avons fait état. Il en est d'autres dans lesquels la syphilis n'est que possible, et c'est, nous semble-t-il, aller trop loin que de l'affirmer en raison seulement de l'efficacité du traitement ; qu'un traitement arsénobenzolé soit suivi d'abaissement tensionnel, ce n'est pas assurément une raison rigoureusement suffisante pour affirmer la nature syphilitique de cette hypertension ; aussi, préférons-nous ne pas nous arrêter à ces cas dont l'étiologie demeure douteuse et ne tenir compte que des premiers ».

Dumas, nous l'avons vu en étudiant les formes cliniques, oppose l'hypertension des jeunes, transitoire, cédant au traitement à l'hypertension solitaire stable des sujets âgés.

Cette dernière résiste aux efforts thérapeutiques, et sa nature exacte ne peut être affirmée que par la constatation d'une syphilis antérieure non douteuse. On peut rapprocher de ces faits, l'histoire des malades examinés au dispensaire, sujets jeunes cependant, traités énergiquement, et chez lesquels l'épreuve thérapeutique ne saurait compter puisqu'après un traitement dont la durée variait de un à cinq ans, persistait encore une hypertension modérée mais indiscutable.

Au total : La nature syphilitique de l'hypertension solitaire rencontrée en clinique reste affirmée en premier lieu par sa constatation chez des syphilitiques avérés à l'examen desquels on ne découvre aucune autre cause de déséquilibre tensionnel.

L'épreuve thérapeutique et la chute régulière de la tension artérielle sous l'influence du traitement spécifique n'en constituent pas moins une confirmation de leur étiologie.

TRAITEMENT

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement général de l'hypertension syphilitique solitaire :

Régime alimentaire,

Cures thermales,

Médicaments hypotenseurs.

A titre d'adjuvant, il peut y avoir intérêt à l'appliquer.

Dans l'observation I sa mise en œuvre semble n'avoir donné que peu de résultats. Le traitement doit être *spécifique*, et utiliser les méthodes thérapeutiques mixtes : Arsenic, mercure, iodure ; quand il s'agit de sujets jeunes, dont la syphilis est récente, dont l'intégrité vasculaire et rénale est certaine, le traitement doit être, sans restrictions, *très intensif et prolongé*.

Cures répétées de Novarsénobenzol (4 à 5 gr. par série) suivies d'injections de sels mercuriels solubles ou insolubles.

Après 2 ou 3 séries de Novar séparées par quelques semaines de repos, on pourra utiliser la médication bismuthique (12 à 15 injections I. M.).

La cure d'iodure sera combinée avec elle ou lui succèdera ; si les sujets sont plus âgés, leur syphilis plus ancienne, il faut apporter une certaine prudence dans la conduite du traitement malgré l'intégrité du système cardio-rénal.

Dans l'observation I nous voyons les doses de Novar, volontairement discrètes, ne pas dépasser 0,60.

C'est cette technique que l'on doit préférer ; injections répétées prolongées, mais à dose toujours modérées. Surveillance rigoureuse de l'intégrité fonctionnelle du rein pendant la durée du traitement.

Cette conduite se rapproche du reste beaucoup de celle conseillée par Vaquez, Laubry et Donzelet au XIV^e Congrès de médecine (Bruxelles 1920) pour les aortites syphilitiques :

« Le traitement doit être rapide et énergique :

a) Cure arsénio-mercurielle, 7 à 8 injections (hebdomadaires) atteignant 0,45 de Novar ; doses qu'on peut, à la rigueur dépasser, mais à laquelle les auteurs s'arrêtent d'ordinaire.

Dans l'intervalle de huit jours : une injection de cyanure de Hg tous les deux jours.

b) Cure de mercure et d'iode (préparation huileuse en injection I. M.).

Ce traitement doit être répété tous les 3 ou 4 mois dans les premiers temps ; on peut ensuite espacer progressivement les cures.

Les indications et contre-indications doivent être basées sur la *résistance générale du sujet, sur l'état de ses reins, et surtout sur l'état de son myocarde* ».

Il faut envisager à ce dernier point de vue, deux

grandes éventualités : suivant qu'il y a ou non des *signes d'insuffisance cardiaque*.

« Dans les formes compliquées d'insuffisance cardiaque, il convient d'être prudent dans le choix et la conduite du traitement ; en général, il vaut mieux s'abstenir de préparations arsenicales et n'utiliser que le Hg et l'iode ; en combinera leur administration avec des cures opportunes de toni-cardiaques ».

Ces dernières indications peuvent s'appliquer aux cas d'hypertension syphilitique très ancienne, ayant à la longue retenti sur le cœur, et en imminence d'insuffisance ventriculaire gauche.

Mais au contraire, dans les cas cliniques que nous rapportons ici, nos malades sont justiciables d'un traitement intensif et prolongé, en raison de l'intégrité clinique et fonctionnelle de leur système cardio-rénal.

Du point de vue de la conduite générale du traitement c'est sur le chiffre de la tension artérielle et sur la façon dont elle réagit aux agents thérapeutiques qu'il convient de se baser.

Tantôt la tension artérielle s'abaisse rapidement (Obs. I et II) :

soit qu'elle s'arrête dans sa chute et se fixe à un chiffre quelconque ;

soit qu'elle retombe à la normale (Obs. II).

Si la tension artérielle se maintient élevée, au contraire, si elle semble peu influencée par le traitement, la conduite à tenir sera variable suivant les individus considérés :

S'agit-il de sujets âgés, syphilitiques anciens, appartenant logiquement à la catégorie des hypertensions solitaires

stables de Dumas, il sera prudent de ne pas insister autrement ; mais chez des sujets jeunes syphilitiques récents comme nos malades de dispensaire, il semble qu'on puisse au contraire avec fruit poursuivre et prolonger le traitement.

Modifiant le schéma thérapeutique habituel, on ne se basera plus sur les réactions sérologiques mais on considérera l'hypertension comme un véritable accident syphilitique en évolution.

On poursuivra le traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat marqué : baisse de la tension artérielle et retour à la normale dans les cas favorables.

D'autres fois, il faudra se contenter de fixer le chiffre tensionnel et de s'opposer à son ascension progressive.

Le traitement spécifique institué dans les hypertensions solitaires n'a pas seulement une importance immédiate ; son intérêt ne se limite pas à la régression ou à la fixation du processus hypertensif.

Nos malades sont atteints d'artérite syphilitique diffuse ; il faut éviter la transformation de cette lésion variable et curable en une mésartérite hypertrophique résistant à toute thérapeutique.

Prévenir les manifestations graves de la néphrite ou de l'aortite, éviter au malade dans un avenir plus ou moins proche les complications graves rétiniennes ou cérébrales de l'artérite syphilitique, sont des indications qu'il ne convient pas de négliger.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une hypertension artérielle solitaire d'origine syphilitique.

II. — Elle se rencontre : soit chez des sujets jeunes, syphilitiques récents, elle est alors variable et curable ; soit chez des sujets plus âgés, syphilitiques anciens, elle est alors plus fréquemment stable, rebelle au traitement.

III. — Elle existe indépendamment de toute lésion vasculaire ou rénale.

L'exploration fonctionnelle minutieuse de ces appareils est indispensable pour pouvoir affirmer leur intégrité et l'existence d'une hypertension syphilitique solitaire.

IV. — Elle doit être recherchée systématiquement chez tout syphilitique en traitement d'où la nécessité de prendre la tension artérielle chez les syphilitiques, même en l'absence de toute trouble fonctionnel.

V. — En présence de malades, chez lesquels l'examen clinique, les épreuves fonctionnelles n'ont mis en évidence qu'un seul symptôme objectif : l'*hypertension* ; il importe de soupçonner la syphilis, et de la dépister par toutes les méthodes d'investigation.

VI. — L'hypertension syphilitique solitaire est fréquemment réductible par le traitement spécifique (Observations I et II).

VII. — Chez les sujets jeunes ou syphilitiques récents elle constitue une indication formelle à un traitement intensif et prolongé. Les variations, les modifications, du chiffre de la tension artérielle constitueront les indications thérapeutiques véritables, sans tenir compte des schémas thérapeutiques habituels, ni du résultat négatif des réactions sérologiques.

VIII. — Le traitement spécifique intensif n'a pas seulement une importance immédiate, une action purement hypotensive.

Il évite dans une certaine mesure au sujet, dans un avenir plus ou moins éloigné, les complications graves liées à l'aortite, à la néphrite, à l'artérite syphilitique diffuse.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de thèse*,
E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- DUMAS. — Hypertension syphilitique solitaire. *Paris-Médical*, Juillet, 1924.
- PIATOT. — Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles ; rôle capital de la syphilis. *Paris-Médical*, Mai 1912.
- BRICOU. — Syphilis du Cœur. *Thèse*, Paris, 1912.
- OIGAARD. — Traitement de la syphilis du cœur et des vaisseaux. *Hospitalstidende*, 1911, N° 30.
- HALSEY. — Importance de la connaissance de la syphilis dans les maladies circulatoires. *Southern Med. Jour.* Janvier, 1913.
- BIERMANN. — Sur les maladies syphilitiques des artères et sur un cas d'aortite avec artérite périphérique oblitérante par syphilis héréditaire. *Deut. méd. Wochens*, 22 juin 1911.
- VOLHARD (DE HALL). — Rapport du congrès allemand de médecine interne. Vienne, 1923.
- TÉTRATZE. — Des modifications de l'action cardiaque pendant la période secondaire de la syphilis. *Thèse*, Saint-Pétersbourg, 1909.
- NEUGEBAUER. — Syphilis héréditaire et altérations aortiques. *Wiener-Klin Wochenschrift*, N° 17, 1914.
- FARNUM STOLL. — Le rôle de la syphilis dans les maladies cardiovasculaires hypertensives. *American J. of the Méd. Sciences*. Août, 1915.
- LÉON BLOCH. — Valeur de la P. L. pour le diagnostic étiologique des affections cardio-vasculaires. *J. of the American méd. Assoc.*, Mars, 1917.
- ETIENNE. — Syphilis vasculaire. *Archives Mies du cœur*. Octobre 1921. XIV^e Congrès de Médecine. Bruxelles, 1920.

- BAYET. — Syphilis vasculaire expérimentale. XIV^e Congrès de Médecine, Bruxelles. Mai, 1920.
- ROSIN. — Etat présent de la question de la syphilis cardio-vasculaire, au point de vue clinique. *Deut. Méd. Woch.* Octobre, 1923.
- CLERC. — Le problème de l'hypertension artérielle permanente en clinique. *Bulletin médical.* Juillet 1922.
- VAQUEZ et LECOMTE. — Passé, Présent, Avenir des hypertendus. *Paris-Médical.* Juillet, 1921.
- GIROUX-BRIN. — Concours médical. Juillet 1923. Syphilis du cœur et de l'aorte.
- GALLAVARDIN. — Valeur seméiologique des hypertensions artérielles modérées. *J. Médical français.* Mars, 1924.
- OBERLING et HICKEL. — L'hypertension essentielle. *Soc. Anat.* Strasbourg, Décembre, 1923.
- BRIN et GIROUX. — Syphilis du cœur et de l'aorte, 1924.
- PARVU. — Traitement de la syphilis cardio-vasculaire. *Thèse,* Paris, 1920.
- MONGEOT. — Thérapeutique de l'hypertension artérielle. *Bulletin Médical.* Juillet, 1922.
- VAQUEZ-LAUBRY et DONZELOT. — Traitement des aortiques syphilitiques. XIV^e Congrès de Médecine (français). Bruxelles, 1920.
- HEITZ. — Traitement de l'artério-sclérose. *J. méd. français,* 1924.

